

# 診療情報提供書 (PET/CT検査申込書)

依頼施設名

依頼科

依頼医師

患者番号

ふりがな

氏名

生年月日

性別

〒

住 所 県 市

自宅TEL

日中連絡先TEL

PET検査部位

**体幹 頭部 心臓**

## 疾患名

検査理由(詳細に)

病変部シエーマ

病理診断所見(方法)

年 月 日

病理診断

腫瘍マーカー所見

年 月 日

その他検査名

年 月 日

年 月 日

PET検査歴

なし あり ( 回)

身長

cm

体重

kg

空腹時血糖

mg/dl

糖尿病治療

あり

なし

不整脈

なし

あり

ペースメーカー

仰臥位で20~30分の静止

可能

不可能

鎮静剤使用

なし

あり

来院方法

独歩・介助歩行・車いす・ストレッチャー

1週間以内のGa(ガリウム)検査

なし

あり

1週間以内のバリウム検査

なし

あり

手術

なし

あり

時期

年

月

術式

閉所恐怖症

なし

あり

喘息

なし

あり

経過観察中

治療中

透析

付属物

なし

輸液・ドレーン・ストーマ・膀胱瘻 その他( )

アレルギー

なし

あり

現在の処方: